

**Actualización continua de Estatus de Salud**

El nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

El Padre/Guardián que acompaña a niño hoy: \_\_\_\_\_ La Relación: \_\_\_\_\_

**Verifica por favor aquí si no hay cambios en esta sección.**

La dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa #: \_\_\_\_\_

El empleador del Padre: \_\_\_\_\_ El Trabajo #: \_\_\_\_\_ Seguro Dental: \_\_\_\_\_

El empleador de Madre: \_\_\_\_\_ El Trabajo #: \_\_\_\_\_ Seguro Dental: \_\_\_\_\_

**Médico / la Historia Dental**

1. ¿Experimenta su niño dolor hoy? Rodee por favor severidad (10-mas severos).....0 ▪ 1 ▪ 2 ▪ 3 ▪ 4 ▪ 5 ▪ 6 ▪ 7 ▪ 8 ▪ 9 ▪ 10

2. ¿Ha visto su niño a su médico desde la última visita aquí? .....  Sí  No

3. ¿Ha cambiado la historia clínica de su niño desde la última visita? .....  Sí  No

4. ¿Toma actualmente su niño medicina? Si eso es el caso, lista por favor abajo. ....  Sí  No

5. ¿Ha recibido su niño cualquier inyección (inclusive disparos de gripe) dentro del último año? .....  Sí  No

6. ¿Tiene su niño alérgias de cualquier medicina, los alimentos, elementos ambientales, los animales? .....  Sí  No

7. ¿Cualquier herida a la cabeza o el cuello en los últimos 6 meses? .....  Sí  No

8. ¿Ha desarrollado algún problema dental desde la última visita? .....  Sí  No

9. ¿Hay cualquier otras, preocupaciones dentales o médicos o problemas? .....  Sí  No

**Si a contestado SI a cualquiera de las preguntas, explica por favor con todo detalle:** \_\_\_\_\_

**Lea por favor esto próxima sección con cuidado antes de firmar.**

Comprendo que los servicios de hoy incluirán un examen periódico, un (profilaxis) limpieza, tratamiento de fluoruro y/o radiografías. Estoy enterado que la póliza de seguros en el archivo con esta oficina puede tener beneficio, limitaciones de frecuencia y/o edad para estos servicios y puede negar parcial o el pago íntegro. Si ninguna cantidad no es cubierta por el seguro dental, yo comprendo que este cantidad será mi responsabilidad.

\_\_\_\_\_  
La Firma de Padre o de Legal Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Dentista o Persona Autorizada